

6. Tikhonova SA. [XVII Congress of European society of hypertension and cardiology: new recommendations on arterial hypertension]. *Zdorov'e Ukrainy*. 2007;12(1):10-13. Russian.
7. Yushchuk EN, Vasyuk YuA, Khadzegova AB. [Endothelial dysfunction in cardio-vascular diseases and methods of its correction]. *Klinichna farmakologiya i terapiya*. 2005;14(3):85-88. Russian.
8. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 2011;34:11-61.
9. Egan BM, Bandyopadhyay D, Shaftman SR. Initial monotherapy and combination therapy and hypertension control the first year. *Hypertension*. 2012;59:1124-31.
10. Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a metaanalysis. *Hypertension*. 2010;55:399-407.
11. Sehestedt T, Jeppesen J, Hansen TW. Risk prediction is improved by adding markers of subclinical organ damage to SCORE. *Eur. Heart J*. 2010;31:883-91.

Стаття надійшла до редакції  
12.01.2014



УДК 616.831-006:616.89-008.454-036

**В.В. Огоренко**

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»  
кафедра психиатрии ФПО  
(зав. – д. мед. наук, проф. Л.Н. Юрьева)  
ул. Дзержинского, 9, Днепропетровск, 49044, Украина  
SE "Dnepropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine"  
Dzerginskogo str. 9, Dnepropetrovsk, 49044, Ukraine  
e-mail: kafpsydnep@i.ua

**Ключевые слова:** опухоли головного мозга, психопатологические нарушения, непсихотические психические расстройства, депрессивные расстройства, астенические состояния, тревожные расстройства

**Key words:** brain tumor, psychiatric disorders, non-psychotic mental disorders, depressive disorders, asthenia, anxiety disorders

**Реферат.** Клінічні особливості депресивних розладів у хворих з онкопатологією головного мозку. **Огоренко В.В.** Метою дослідження було вивчити психопатологічну структуру та клінічні особливості депресивних розладів у хворих на онкопатологію головного мозку. Поліморфні психічні порушення різного клінічного змісту і ступеня вираженості не тільки в більшості випадків коморбідні онкологічній патології головного мозку, але й часто є першими найбільш ранніми клінічними проявами новоутворень. Дослідження проводилось за допомогою таких методів: клінічного психіатричного, опитувальника Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R, теста Люшера та методів математичної обробки. Вибірку склали 175 хворих на пухлини головного мозку з непсихотичним рівнем психічних порушень. Розглянуто особливості психічних порушень і психопатологічну структуру депресивних розладів непсихотичного рівня, що були клінічним варіантом дебюту пухлинного процесу. Виявлено, що для депресивних станів непсихотичного рівня характерні поліморфізм і синдромальна незавершеність, що зумовлює неоднозначність трактування діагнозів на етапі діагностичного періоду. Визначені особливості депресивних симптомокомплексів залежно від ознаки злоякісності/доброякісності пухлини головного мозку.

**Abstract. Clinical features of depressive disorders in patients with brain tumors. Ogorenko V.V.** *The aim of the study was to examine the structure of psychopathology and clinical features of depressive disorders in patients with brain oncopathology. Polymorphic mental disorders of various clinical content and severity in most cases not only are comorbid to oncological pathology of the brain, but most often are the first clinical signs of early tumors. The study was conducted using the following methods: clinical psychiatric, questionnaire Symptom Check List- 90 -Revised-SCL- 90 - R, Luscher test and mathematical processing methods. Sample included 175 patients with brain tumors with non-psychotic level of mental disorders. The peculiarities of mental disorders and psychopathological structure of nonpsychotic depressive disorders have been a clinical option of cancer debut in patients with brain tumors. We found that nonpsychotic depression is characterized by polymorphism and syndromal incompleteness; this causes ambiguity of diagnoses interpretation on stages of diagnostic period. Features of depressive symptoms depending on the signs of malignancy / nonmalignancy of brain tumor were defined.*

Проблема взаимозависимости между онкологическими заболеваниями и психическими расстройствами, влияющими на тяжесть состояния, степень дезадаптации, комплаентность к традиционным методам лечения и продолжительность жизни больных, затрагивается многими исследователями [1, 2, 4]. Полиморфные психические нарушения различного клинического содержания и степени выраженности не только в большинстве случаев коморбидны онкологической патологии головного мозга, но и зачастую являются первыми наиболее ранними клиническими проявлениями новообразований. Факт диагноза смертельной болезни отражается на психическом состоянии онкологических больных с любой локализацией опухолевого процесса – по данным литературы, каждый второй пациент страдает различными психическими нарушениями, которые в свою очередь крайне негативно влияют на течение большинства онкологических заболеваний и способствуют наступлению преждевременной смерти [3, 5, 7]. Многие авторы отмечают безусловную необходимость психотерапевтической помощи больным онкологического профиля и предлагают рассматривать психотерапию в онкологической практике в качестве адъювантной наряду с химиотерапией [8, 9]. Рассмотрены особенности психических нарушений и психопатологическая структура депрессивных расстройств непсихотического уровня, явившихся клиническим вариантом дебюта опухолевого процесса у больных с опухолями головного мозга.

Формирование опухолей, локализующихся в головном мозге, сопровождается изменениями психического состояния пациентов. Психические расстройства (частота проявлений которых, по данным разных авторов, колеблется в пределах 40–100% случаев) зачастую становятся первыми проявлениями онкопатологии [4, 5, 6, 7]. Вместе с тем результаты изучения психопатологической структуры психических расстройств при локальных поражениях головного мозга в большинстве исследований носят обобщенный характер, как

правило без дифференциации доброкачественных и злокачественных новообразований и закономерностей распределения частот ранних симптомов, а также без уточнения клинической гетерогенности психической патологии. Несомненно, существует целый ряд особенностей, выделяющих пациентов с опухолями головного мозга из общей популяции онкологических больных, в связи с чем возникают существенные проблемы при использовании общих для психоонкологии подходов к комплексной оценке состояния в целях разработки программ реабилитации. Целью исследования было изучить психопатологическую структуру и клинические особенности депрессивных расстройств у больных с онкологической патологией головного мозга.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Выборку составили 175 больных с непсихотическим уровнем психических нарушений как ранних клинических проявлений опухолей головного мозга (ОГМ) в возрасте от 19 до 59 лет, из них 74 мужчины и 101 женщина (средний возраст  $42,6 \pm 12,5$  года и  $43,8 \pm 11,7$  года соответственно). В соответствии с гистологическими данными у 72 больных диагностированы первичные супратенториальные интрацеребральные одиночные злокачественные (ЗНО), у 103 – доброкачественные (ДНО) опухоли головного мозга. Дифференциально-диагностический период (от появления психопатологических нарушений до диагностики новообразования) в среднем по группе составил  $7,4 \pm 7,2$  месяца (в группе пациентов с ДНО –  $9,2 \pm 8,4$  месяца, ЗНО –  $5,6 \pm 2,9$  месяцев). На момент диагностики новообразования мозга депрессивный регистр психопатологических нарушений сохранился у 134 пациентов в возрасте от 21 до 56 лет, из них 63 мужчины и 71 женщина (средний возраст  $41,4 \pm 11,5$  года и  $44,6 \pm 12,3$  года соответственно).

Исследование проводилось с помощью клинического психиатрического (включавшего клинико-anamnestический метод) обследования с

использованием объективных данных из доступной медицинской документации, с добровольного согласия пациентов. При этом использовалось структурированное интервью. Клинико-психопатологическая часть интервью содержала стандартные международные критерии психических расстройств по МКБ-10 и оригинальные критерии оценки психических нарушений, разработанные собственноручно на этапе подготовки исследования и позволяющие уточнять биографические данные, уровень образования, культуральные особенности микросреды, социальный и семейный статус, наличие в течение нескольких лет до возникновения новообразования головного мозга тяжелых стрессовых событий, преморбидные личностные характеристики. Использовался стандартизованный опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R) (Тарабрина Н.В., 2001) для стандартизации психопатологических феноменов психических расстройств. При экспериментально-психологическом исследовании использован модифицированный вариант теста цветовых выборов Люшера (Собчик Л.М., 2000) для определения лич-

ностных особенностей обследуемого. Статистический анализ выполнялся с помощью лицензионных пакетов программ SPSS 13.0 for Windows, Statistica 7.0 for Windows. Проводились расчеты среднего арифметического, квадратичного отклонения, стандартной ошибки среднего арифметического для количественных показателей. Математическая обработка полученных данных включала корреляционный, факторный и кластерный анализы (Сидоренко Е.В., 2001).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Депрессивные состояния в периоде начальных психопатологических нарушений как клинических проявлений ОГМ у 78,3% больных (n=137) относились к субклиническому уровню. Анализ вариантов депрессивных состояний свидетельствует об их полиморфизме: среди психопатологических нарушений в этот период наряду с депрессивными чаще всего наблюдались различные варианты астенических и тревожных состояний. Частотное распределение психопатологических компонентов депрессивных состояний представлено в таблице 1.

Таблица 1

### Частотное распределение психопатологических компонентов депрессивных состояний на начальном этапе диагностического периода опухолей головного мозга в группах больных доброкачественными новообразованиями (n=75) и злокачественными новообразованиями (n=62)

Психопатологические компоненты депрессивных состояний	% наблюдений	
	доброкачественные новообразования	злокачественные новообразования
<b>Астенические</b>		
Астенические с преобладанием диссомний	27,7	34,4
Астенические с психалгическим компонентом	23,2	10,5
Астенические с адинамическим компонентом	25,3	35,8
Астенические с тревожным компонентом	23,8	19,3
<b>Тревожные</b>		
С преобладанием сенестопатий	33,8	28,6
С ипохондрическим компонентом	38,0	45,7
С фобическим компонентом	28,2	25,7

Комментируя приведенные в таблице данные, следует отметить, что при ДНО различной

продолжительности четко очерченные астенические состояния, предшествовавшие развитию

депрессивных симптомокомплексов, отмечены во всех наблюдениях (у 75 человек). При ЗНО астенические состояния как начальные проявления психопатологических нарушений выявлены у 56 больных (90,3%). В структуре депрессивных нарушений, сочетавшихся с астеническими состояниями, при ДНО психалгический компонент отмечен в 23,2% наблюдений, диссомнические нарушения - в 27,7%; у 22 больных в структуре астении отмечен четко представленный тревожный, у 24 – динамический компоненты (23,8 % и 25,3% соответственно из числа всех наблюдений астенических состояний в группе ДНО). При ЗНО выявлены иные пропорции анализируемых компонентов астенических нарушений: преобладали динамический компонент (35,8%) и диссомнические нарушения (34,4%); наименее представлены астенические состояния с тревожным и психалгическим компонентами (19,3% и 10,5% соответственно).

Тревожные расстройства, сочетавшиеся с депрессивными состояниями, выявлены у 92 боль-

ных ОГМ (59,4%); при этом в 96,7% случаев наблюдалась трансформация астенических реакций в тревожные симптомокомплексы. При ДНО преобладали тревожные состояния с ипохондрическим (38,0%) компонентом; тревожные состояния с сенестопатиями и фобическим компонентом составили 33,85 и 28,2% наблюдений соответственно. При ЗНО тревожные состояния с ипохондрическим компонентом составили 45,7% наблюдений; с сенестопатиями и фобическим компонентом - 28,6 и 25,7% соответственно.

На момент диагностики новообразования мозга непсихотический регистр депрессивных нарушений сохранился у 134 пациентов, однако симптомокомплексы и их частотные величины во всех случаях претерпевали динамические изменения, нарастала полиморфность, синдромальная незавершенность и атипичность состояний. Особенности клинических характеристик и частотное распределение наблюдений психопатологических компонентов депрессивных состояний представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Частотное распределение психопатологических состояний на этапе развернутого клинического проявления опухолей головного мозга**

Психопатологические характеристики	% наблюдений	
	доброкачественные новообразования	злокачественные новообразования
<b>Астенические состояния</b>		
Астенические с динамическим компонентом	47,6	60,8
Астенические с преобладанием диссомний	52,4	39,2
<b>Тревожные состояния</b>		
Тревожные с фобическим компонентом	32,5	10,6
Тревожные с ипохондрическим компонентом	18,0	-
Тревожные с сенестопатическим компонентом	29,3	45,7
Тревожные с деперсонализационно-дереализационным компонентом	20,2	43,7
<b>Соматоформные состояния</b>		
Соматоформные с психалгическим компонентом	43,2	38,9
Соматоформные с диссомническим компонентом	56,8	61,1

Как следует из приведенных данных, в период развернутых клинических проявлений у больных ОГМ в структуре астении отмечено достоверное ( $p < 0,05$ ) увеличение адинамического компонента при ДНО (47,6%) и ЗНО (60,8%). В структуре тревожных состояний при ДНО преобладал фобический компонент (32,5%), на втором месте по частоте отмечены тревожные состояния с сенестопатиями (29,3%); тревожные нарушения с деперсонализационно-дереализационным и ипохондрическим компонентами составили 20,5% и 18,0% наблюдений соответственно. При ЗНО отмечен низкий удельный вес тревожных сос-

тояний с фобическим компонентом (10,6%); преобладали сенестопатический и деперсонализационно-дереализационный компоненты (45,7% и 43,7% соответственно); не наблюдались в структуре тревожных состояний ипохондрические симптомы. В структуре соматоформных расстройств выделены состояния с психалгическим и диссомническим компонентами (43,2 и 56,8% при ДНО; 38,9 и 61,1% при ЗНО).

В таблице 3 представлены средние значения выраженности психопатологической симптоматики по данным опросника SCL-90-R.

Таблица 3

**Средние значения выраженности психопатологической симптоматики  
(по данным опросника SCL-90-R) (n=134)**

Психопатологическая симптоматика	M(mx)
Соматизация	0,75 (0,53)
Обсессивно-компульсивные расстройства	0,42 (0,34)
Межличностная сензитивность	0,85 (0,55)
Депрессия	0,98 (0,58)
Тревожность	0,55 (0,46)
Враждебность	0,50 (0,48)
Фобическая тревожность	0,58 (0,51)
Паранойяльные симптомы	0,45 (0,45)
Психотизм	0,38 (0,42)
Общий индекс тяжести	0,75 (0,46)
Индекс наличия симптоматического дистресса	1,28 (0,34)

Анализ результатов опросника выраженности психопатологической симптоматики подтвердил преобладание в исследованной выборке расстройств депрессивного и тревожного спектра с выраженной их соматизацией, а также межличностной сензитивности.

В таблице 4 представлены результаты исследования модифицированной методикой цветовых выборов Люшера.

Сравнительный анализ результатов исследования тестом цветовых выборов Люшера в группах больных ЗНО и ДНО выявил достоверное ( $p < 0,05$ ) преобладание коричневого и серого на I-II позициях выбора и фиолетового и желтого - на VII-VIII позициях при ДНО; темно-синего и красного на I-II позициях выбора; желтого и серого - на VII-VIII позициях при ЗНО. Подобное сочетание цветов в выборе больных ДНО свидетельствовало о состоянии

тревоги, беспокойстве, о переживании конфликта, усталости и психическом перенапряжении. Описанные сдвиги отражали наличие тревожных опасений, касающихся своего здоровья и социальных контактов, страх перед будущим, потребность в понимании, в покое и расслаблении. Сочетание цветов в выборе больных группы ЗНО свидетельствуют о повышенной чувствительности к средовому влиянию, стремлению освободиться от ответственности, снижению социальной активности, фрустрированной потребности в спонтанной самореализации, уходе от межличностных контактов в мир собственных переживаний. В целом анализ результатов теста отчетливо указывает на стресс, вызванный недостатком межличностных отношений, характеризующихся близостью, сочувствием, любовью и пониманием.

Таблиця 4

**Частота выбора цвета по методике М. Люшера больными опухолями головного мозга с психическими нарушениями депрессивного спектра**

Цвета Группы	I-II позиция								VII-VIII позиция							
	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	0
Доброкачественные новообразования (n=81)	8	5	11	7	4	24	9	22	8	9	6	26	19	10	5	7
Злокачественные новообразования (n=53)	14	5	12	4	4	7	3	5	2	7	3	16	4	4	6	12

**ВЫВОДЫ**

1. Проведенное исследование позволяет утверждать о наличии ранних психопатологических феноменов депрессивного круга как проявлений формирования новообразований головного мозга.

2. Для большинства депрессивных состояний непсихотического уровня характерен полиморфизм, синдромальная незавершенность.

3. Клинической гетерогенностью ранних психопатологических нарушений объясняется разно-

образие и в некоторых случаях противоречивость оценки вариантов аффективных расстройств и их трактовка на этапах диагностики, что несомненно влияет на продолжительность клиничко-диагностического периода и своевременность оказания специализированной помощи.

4. Выявлены определенные различия и особенности депрессивных симптомокомплексов в зависимости от признака злокачественности/доброкачественности опухолевого процесса.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абашеев-Константиновский А.Л. Психопатология при опухолях головного мозга / А.Л. Абашеев-Константиновский. - М., 1973. - 246 с.
2. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных / А.В. Гнездилов // Практическая онкология. - 2001. - № 1. - С. 5-13.
3. Касимова Н.Л. Психопатологическая и социально-психологическая характеристика больных со злокачественными новообразованиями / Н.Л. Касимова, Т.В. Жилиева // Психические расстройства в общей медицине / под ред. А.Б.Смулевича. - 2009. - № 1. - С. 4-11.
4. Медяник И.А. Ранняя диагностика и комбинированное лечение опухолей головного мозга / И.А. Медяник, А.П. Фраерман // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2008. - № 12. - С.71-74.
5. Слезкина Л.А. Клинические особенности опухолей головного мозга / Л.А. Слезкина, Г.А. Евдо-

- кимова, Г.М. Лапина // Неврол. вестник. - 2004. - Т. XXXVI, вып. 1-2. - С.86-89.
6. Gallo J.J. Major depression and cancer / J.J. Gallo, D.E. Ford // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. - 2004. - Vol.75. - P. 18-23.
7. Carmella A. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment / A. Carmella, P. Polio // Psycho Oncology. - 2001. - Vol. 10 - P. 156-165.
8. Greer S. Evaluation of adjuvant psychological therapy for clinically referred cancer patients / S. Greer, S. Moorey, J. Baruch // Br. J. Cancer. - 2002 - Vol. 63. - P. 257-260.
9. Cunningham A.J. Possible effects of psychological therapy on survival duration in cancer patients / A.J. Cunningham, C.V. Edmonds // J. Clin. Oncology. - 2005. - Vol. 23, N 22. - P. 5263-5265.

**REFERENCES**

1. Abashev-Konstantinovskiy AL. [Psychopathology in brain tumors]. M. 1973:246. Russian.
2. Gnezdilov AV. [Mental changes in cancer patients]. Prakticheskaya Oncologiy. 2001;1:5-13. Russian.
3. Kasimova NL, Gilyaeva TV. [Psychiatric and psychosocial characteristics of patients with malignant neoplasms. Mental disorders in general medicine]. A.B. Smulevich. 2009;1:4-11. Russian.

4. Medyanik IA, Fraerman AP. [Early diagnosis and combined treatment of brain tumors]. Journal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2008;12:71-74. Russian.
5. Slyozkina LA, Yevdokimova GA, Lapina GM. [Clinical features of brain tumors]. Nevrologicheskii vestnik. 2004;XXXVI(1-2):86-89. Russian.
6. Gallo JJ. Major depression and cancer. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2004;75:18-23.

7. Carmella A. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psycho Oncology*. 2001;10:156-65.

8. Greer S. Evaluation of adjuvant psychological therapy for clinically referred cancer patients. 2002;63:257-60.

9. Cunningham AJ. Possible effects of psychological therapy on survival duration in cancer patients. *J. Clin. Oncology*. 2005;23(22):5263-5.

Стаття надійшла до редакції  
29.11.2013



УДК 616.89.008.1:616.831:577.171

**Аль Насір Ейяд,  
О.Б. Харапонова,  
Ал Нукарі Абдулкарім,  
О.М. Демченко,  
О.Л. Дроздов**

## **СТАН КАТЕХОЛАМІНЕРГІЧНИХ СИСТЕМ МОЗКУ ПРИ ФОРМУВАННІ СИДНОКАРБОВОГО ПСИХОЗУ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
Науково-дослідний інститут медико-біологічних проблем ДЗ «ДМА»  
(дир. – д. мед. н., проф. О.Л. Дроздов)  
пл. Жовтнева 4, Дніпропетровськ, 49027, Україна  
SE "Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine"  
Research Institute of Biomedical Problems SE «DMA»  
Zhovtneva Sq., 4, Dnipropetrovsk, 49027, Ukraine  
e-mail: cndl\_ddma@mail.ru*

**Ключові слова:** мозок, катехоламіни, нейроспецифічний білок S-100, психоз  
**Key words:** brain, catecholamins, neurospecific albumen S - 100, psychosis

**Реферат.** Состояние катехоламинергичных систем мозга при формировании сиднокарбового психоза. Аль Насир Ейяд, Харапонова О.Б., Ал Нукарі Абдулкарім, Демченко О.М., Дроздов А.Л. *Нарушения мнестических реакций являются одними из существенных признаков расстройств нервной деятельности. На основании этого, в качестве критерия формирования экспериментального психоза, в наших наблюдениях было изучено состояние процессов условно-рефлекторной памяти у крыс. Для раскрытия механизмов нарушений условно-рефлекторной активности в процессе формирования психотического симптомокомплекса изучалось содержание адреналина, норадреналина и нейроспецифического белка S - 100 в структурах головного мозга, которые принимают непосредственное участие в процессах памяти. Нарушения когнитивной функции, которые являются результатом нейротоксичного действия сиднокарба, связаны с уменьшением содержания норадреналина во фронтальной коре, а также адреналина в Варолиевом мосту. Т. е., сиднокарбовий психоз сопровождается уменьшением активирующей роли коры и стволовых структур, что негативно отражается на состоянии мнестических реакций. В гиппокампе и полосатом теле, возбуждение которых вызывает нарушение процессов памяти, напротив, концентрация норадреналина повысилась. Т. о., представленная модель экспериментального психоза, созданная путем подострого введения сиднокарба, является адекватной и альтернативной методикой формирования психотических расстройств у животных в результате непосредственного участия катехоламинергических систем ЦНС.*

**Abstract.** State of catecholaminergic systems of the brain in forming of syndocarb psychosis. Al Nasir Eiad, Kharaponova H.B., Alnukari Abdul Karim, Demchenko H.N., Drozdov A.L. *Violations of mnesic reactions are one of substantial signs of disorders of nervous activity. On the basis of it, as a criterion of forming of experimental psychosis, in our supervisions, the state of processes of conditionally-reflex memory was studied in rats. To cover up mechanisms of derangements of conditionally reflex activity in the process of forming of psychotic symptomatic*